

Sarah Cousty

Vianney Descroix

Cédric Mauprivez

Jacques-Henri Torres

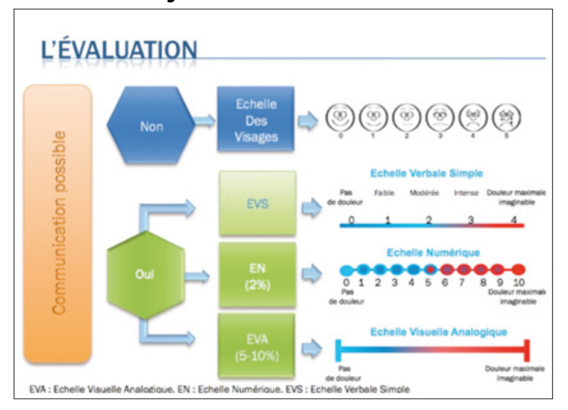
Retour sur la Journée *« Prescrire juste »*

Cette Journée de la SOP aura été la démonstration que l'on peut transmettre de manière vivante des informations fiables et accessibles sur une thématique considérée comme rébarbative. Ainsi, **Sarah Cousty** et **Vianney Descroix** auront réussi à faire passer leurs messages et se seront illustrés au travers d'un duo improvisé s'apparentant à « Scènes de la vie conjugale » où palpitait un humour très second degré. De même, **Jacques-Henri Torres** s'est courageusement lancé dans un one-man-show au cours duquel il a reproduit des dialogues entre un praticien et ses patients sur les complications et les prescriptions. Quant à **Cédric Mauprivez**, il s'est livré à une solide conférence autour des antibiotiques en étayant son propos avec les *Evidence Based Medecine*. Justement, au-delà de la forme, le message essentiel aura été que si, comme on le sait, *« Les antibiotiques, ce n'est pas automatique »*, eh bien ! il en est de même pour les prescriptions. La prescription, ce n'est pas automatique ! Tout le fil rouge de la Journée déroulé par les conférenciers consistait à montrer que chaque prescription doit être pensée à l'aune de l'interrogatoire du patient et du diagnostic. Les conférenciers auront bousculé pas mal d'idées reçues, qui concernent notamment le dosage des médicaments ou encore l'action antalgique des anti-inflammatoires. À l'issue de cette Journée, un guide réalisé par la SOP avec le précieux concours des conférenciers a été remis aux participants. Il a particulièrement été apprécié, car il délivrait une synthèse de ce qu'il fallait retenir, tant sur le plan des recommandations actualisées que des posologies pour éviter tout risque et des erreurs de prescription.

Philippe Safar

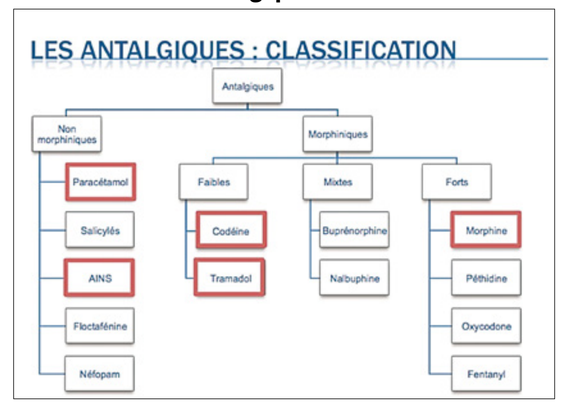
Abstract de l'intervention de Sarah Cousty et Vianney Descroix

Les différents systèmes d'évaluation de la douleur



La prise en charge des processus douloureux implique une connaissance de l'étiologie de la douleur. Discerner le type de douleur (inflammatoire, neuropathique, ou dysfonctionnelle) est essentiel pour l'efficacité du traitement, l'évaluer pour connaître son intensité est d'importance. Cela permettra aussi d'orienter la prescription, c'est-à-dire le traitement pharmacologique et médicamenteux.

Classification des antalgiques



Pour connaître les antalgiques, il faut faire la différence entre les morphiniques et les non-morphiniques. Dans les non-morphiniques, paracétamol et AINS ont un intérêt majeur. Pour une douleur faible d'origine inflammatoire comprise entre 0 et 4, les AINS sont plus efficaces que les morphiniques faibles. Dans le cas d'une douleur faible d'échelle 1, on donnera du Paracétamol, 1 gr/ 6 heures. Pour une douleur modérée à intense, on utilisera les AINS. Pour une douleur sévère, on pourra associer AINS avec soit Codéine soit Paracétamol soit Tramadol.

Indications principales et posologie du paracétamol

Le Paracétamol

- Reste l'antalgique de référence
  - Pour la douleur légère
    - 1 g toutes les 6 heures (4 g/j)
  - Pour la femme enceinte
  - Pour le patient polymédiqué *notamment sous AVK*

Le rapport bénéfice–risque du Paracétamol est très favorable. Il provoque le moins d'effets indésirables. Attention: Le Paracétamol risque d'augmenter l'efficacité des patients sous AVK. Il faut donc aux doses de 4 gr/j surveiller l'INR de ces patients.

Tableaux des principaux AINS

AINS

DCI	Spécialités	Dosages	Posologie/prise	Posologie/jour
A. méfénamique	Ponstyl®	250 mg	250 à 500 mg	1500 mg
A. niflumique	Nifluril®	250 mg	250 mg	1000 mg
Ibuprofène	Advil®, Nurofen®, Spedifen®	200, 400 mg	200, 400 mg	1200 mg
A. tiaprofénique	Surgam®, Flanid Ge®	100, 200 mg	100, 200 mg	600 mg
Fénoprofène	Nalgésic®	300 mg	300 à 600 mg	1200 mg
Kétoprofène	Toprec®	25 mg	25 mg	75 mg
Naproxène	Aleve®, Apranax®	220, 275, 500,550	220, 275, 500	1100 mg
Diclofénac	Voltarene Dolo®	12,5 mg	12,5 à 25 mg	75 mg
Niméluside	Nexen®	100 mg	100 mg	200 mg
Lornoxicam	Xefo®	4, 8 mg	4 à 8 mg	16 mg

Prévention et traitement de la douleur postopératoire en chirurgie buccale – HAS 2005

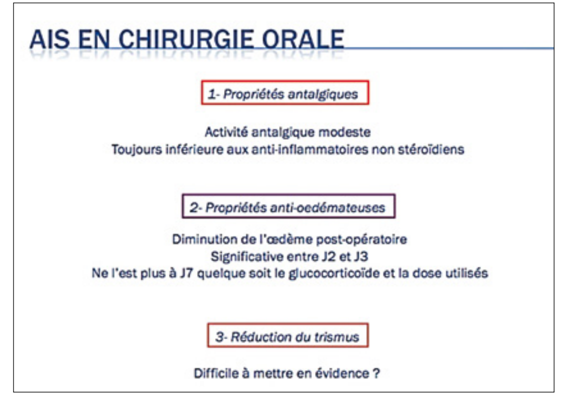
L'activité antalgique des AINS est supérieure à celle du Paracétamol. Le moins toxique, l'Ibuprofène, limite la synthèse des prostaglandines par compétition avec l'acide arachidonique. Ses propriétés pharmacologiques essentielles: antalgique, anti-inflammatoire, antipyrétique, anti-agrégant plaquettaire. On le prescrit à 400 mg/ 3 à 4 fois/jour. Associés au Paracétamol ils auraient une activité antalgique potentialisée.

Recommandations de prescription des antalgiques chez la femme enceinte



On préférera la prescription d'un antalgique de type Paracétamol chez la femme enceinte. Tous les AINS sont formellement contre-indiqués à partir de la 24e semaine d'aménorrhée. Avant on les évitera. On préférera la Codéine quel que soit le terme de la grossesse. Chez l'insuffisant rénal, comme chez l'insuffisant hépatique on évitera les AINS.

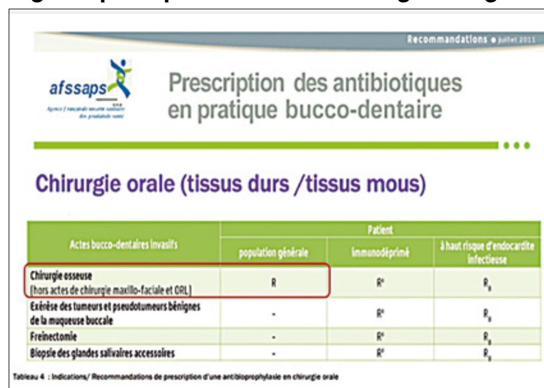
Propriétés pharmacologiques des AIS en chirurgie orale



On utilisera les AIS associés à des antalgiques pour la prévention du traumatisme chirurgical. Ils favorisent la réduction de l'œdème postopératoire mais risquent de masquer une infection qui pourrait être jugulée rapidement par la prise d'antibiotiques. On prescrira des AIS 4 heures avant un geste chirurgical. On associera un antalgique, mais absolument pas un AINS. Il faut éviter. On risque de provoquer des troubles gastro-duodénaux importants.

Abstract de l'intervention de Cédric Mauprivez

Règles de prescription des AB en odontologie chirurgicale

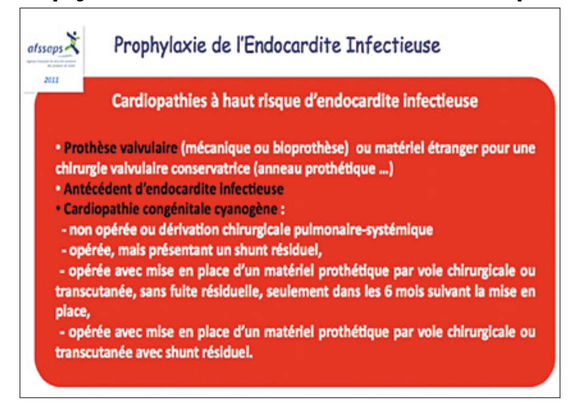


Actes bucco-dentaires invasifs	Patient – population générale	Patient – immunodéprimé	Patient – à haut risque d'endocardite infectieuse
Chirurgie osseuse (hors actes de chirurgie maxillo-faciale et ORL)	R	R*	R_a
Exérèse des tumeurs et pseudotumeurs bénignes de la muqueuse buccale	-	R*	R_a
Freinectomie	-	R*	R_a
Biopsie des glandes salivaires accessoires	-	R*	R_a

Tableau 4 : Indications/ Recommandations de prescription d'une antibioprophylaxie en chirurgie orale

Proscrire toute antibiothérapie dans les cas d'abcès parodontal, kyste radiculo-dentaire, granulome apical, ou nécrose pulpaire ou d'avulsion par alvéolectomie, d'avulsion de dent saine, de séparation de racines. Dans 90 % des cas, on s'abstiendra sauf dans les cas de dent incluse mandibulaire, de chirurgie orthodontique, d'autotransplantation, ou de patient à risque (immuno-déprimé ou avec antécédents d'endocardite infectieuse).

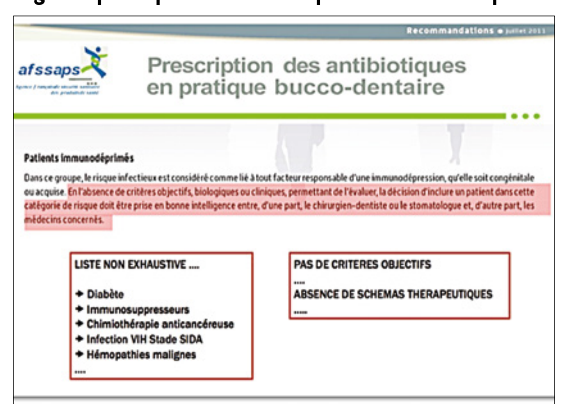
Prophylaxie de l'endocardite infectieuse à haut risque



L'antibioprophylaxie reste recommandée pour éviter un risque d'infection différée mais contre-indiquée dans le cas de valvulopathie, de rétrécissement aortique, de cardiopathie non-cyanogène. Dans ces cas on veillera à l'hygiène bucco-dentaire, réduira toute porte d'entrée d'infectieuse, et tout traitement parodontal. On s'abstiendra d'antibioprophylaxie systématique chez les porteurs de prothèses orthopédiques.

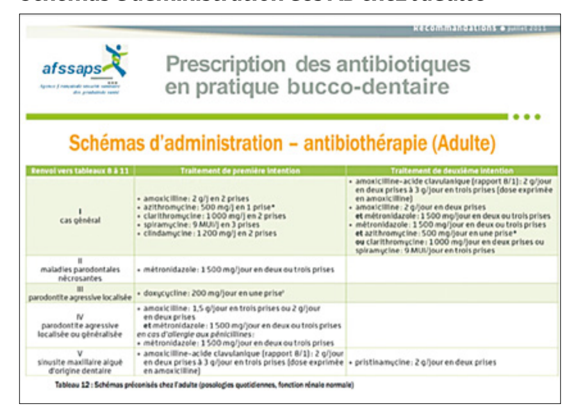
Abstract de l'intervention de Cédric Mauprivez (suite)

Règles de prescription d'AB chez les patients immuno-déprimés



Le référentiel ne donne pas une orientation claire sur les modalités thérapeutiques. On veillera à l'hygiène et l'asepsie du champ opératoire, du matériel utilisé, l'hygiène orale préalable du patient, la qualité de l'acte. Dans ces cas une antibiothérapie sera prescrite avant le geste d'incision chirurgicale, entreprise 2 heures avant. Si l'intervention se prolonge au-delà de la normale on sera tenté de renouveler la prise d'antibiotique.

Schémas d'administration des AB chez l'adulte

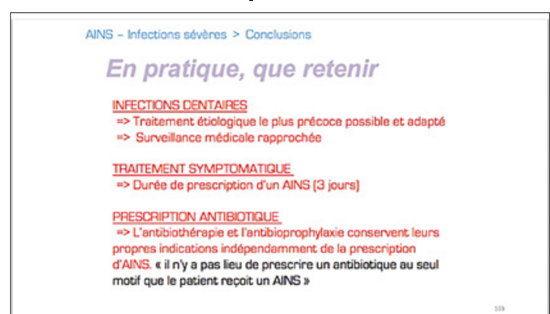


Renvoi vers tableaux 8 à 11	Traitement de première intention	Traitement de deuxième intention
I cas général	• amoxicilline : 2 g/j en 2 prises • azithromycine : 500 mg/j en 1 prise* • clarithromycine : 1 000 mg/j en 2 prises • spiramycine : 9 MUI/j en 3 prises • clindamycine : 1 200 mg/j en 2 prises	• amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/jour en deux prises à 3 g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline) • amoxicilline : 2 g/jour en deux prises et métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises • métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises et azithromycine : 500 mg/jour en une prise* ou clarithromycine : 1 000 mg/jour en deux prises ou spiramycine : 9 MUI/jour en trois prises
II maladies parodontales nécrosantes	• métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises	
III parodontite agressive localisée	• doxycycline : 200 mg/jour en une prise	
IV parodontite agressive localisée ou généralisée	• amoxicilline : 1,5 g/jour en trois prises ou 2 g/jour en deux prises et métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises en cas d'allergie aux pénicillines : • métronidazole : 1 500 mg/jour en deux ou trois prises	
V sinusite maxillaire aiguë d'origine dentaire	• amoxicilline-acide clavulanique (rapport 8/1) : 2 g/jour en deux prises à 3 g/jour en trois prises (dose exprimée en amoxicilline)	• pristinamycine : 2 g/jour en deux prises

Tableau 12 : Schémas préconisés chez l'adulte (posologies quotidiennes, fonction rénale normale)

En curatif aucun antibiotique ne peut traiter une infection d'origine dentaire. On ne traitera pas par antibiotique les péricoronarites, les cellulites, ou l'alvéolite sèche. Par contre on utilisera les antibiotiques pour traiter les ostéites suppurées surtout, les infections des glandes salivaires, les sinusites d'origine dentaire. Si l'état général du patient se dégrade ou si la douleur ne disparaît pas, ce sont des signes qui doivent mettre en éveil.

Règles de prescription à retenir concernant l'utilisation des AINS en présence d'infections sévères



On n'a pas montré de relation entre la septicémie avec altération de l'état général et la prise d'AINS que ce soit en dose flash ou sur une longue durée. L'utilisation d'AINS masque effectivement les signes d'une inflammation et l'évolution de processus infectieux. On sera plus prudent dans le cas de fasciites nécrosantes (cellulites gangréneuses) associées chez l'enfant à une varicelle ou chez l'adulte dans le cas de cellulite cervico-faciale.

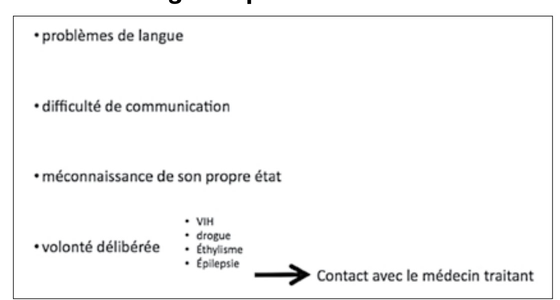
Règles à observer en présence de diarrhées



La prise de tout antibiotique à large spectre par voie orale (Macrolide, Amino-penicilline) peut entraîner une colite pseudo-membraneuse. La CPM fait suite à la destruction de la flore dans le tube digestif et favorise certaines souches anaérobies. 4 signes : la diarrhée, la fièvre, les douleurs abdominales, une hyperleucocytose signent la pathologie installée et doivent mettre en alerte. Dans ces cas critiques et en cas de doute faire en urgence une coproculture.

Abstract de l'intervention de Jacques-Henri Torres

Difficultés rencontrées lors de l'interrogatoire préalable



À la fin de l'interrogatoire, poser au patient la question : « *Et qu'est-ce que vous prenez comme médicament ?* » Ses réponses nous permettent d'orienter à nouveau notre interrogatoire pour contrôler ses dires et le libérer de certains blocages (drogue, sida, addiction, troubles divers…). Car un patient peut oublier ou vouloir nous cacher son état.

Les « Liaisons » sont dangereuses entre les AINS et le Tramadol, par exemple

AINS	Tramadol
• AVK	• IMAO
• méhotrexate	• morphine
• lithium	

Interactions

Il convient de tenir compte des traitements déjà en place. Notre responsabilité médicale est engagée. La prescription de médicaments azolés (de type métronidazole, miconazole) avec des antidiabétiques, par exemple, peut entraîner de graves interactions. Il en va de même avec la prescription d'azolés chez des patients sous traitement antipaludéen, ou anticancéreux ou sous AVK.



Un guide de 36 pages réalisé par la SOP, avec les conférenciers de la Journée, a été remis aux participants. Il proposait une synthèse de ce qu'il faut retenir aujourd'hui sur les recommandations actualisées et les posologies. Cette Journée est en accès libre sur le site de la SOP, www.sop.asso.fr, pour tous les adhérents de la SOP.